



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2011

Management des Patienten mit Nahrungsmittelallergie

Ballmer-Weber, B

Other titles: Management of patients with food allergy

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-59089>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Ballmer-Weber, B (2011). Management des Patienten mit Nahrungsmittelallergie. *Revue Médicale Suisse*, 7(279):262-263.

Management des Patienten mit Nahrungsmittelallergie

Prof. Barbara Ballmer-Weber, Leitende Aerztin Allergiestation, Dermatologische Klinik, USZ, Gloriastr. 31, 8091 Zürich

Fallbeispiele:

15 jähriger Schüler mit Heuschnupfen während der Monate Februar bis April. Nach Einnahme von frischen Haselnüssen starker enoraler Juckreiz ausstrahlend in die Ohren, leichte Rötung und Schwellung der Unterlippen. Haselnüsse in Gebäcken werden bestens toleriert. Die allergologische Abklärung ergibt eine Sensibilisierung gegen Pollen frühblühender Bäume und gegen Haselnüsse. Der Patient erhält ein Notfallset mit Steroiden und Antihistaminika. Er wird in Zukunft ungekochte resp ungeröstete Haselnüsse meiden.

8 jähriges Mädchen mit bekanntem Asthma bronchiale seit dem 4. Lebensjahr entwickelt nach Einnahme von gerösteten Haselnüssen einen starken enoralen Juckreiz, eine starke Schwellung der Lippen und der Augenregion, ein Engegefühl im Rachen und einen Asthmaanfall. Notfallmässige Hospitalisation. Bei Entlassung erhält die Patientin ein Notfallset mit Steroiden und Antihistaminika, einen Adrenalin-Pen. Die allergologische Abklärung ergibt eine isolierte Sensibilisierung gegen Haselnüsse. Es wird in Zukunft Haselnüsse in jeder Form meiden und auch die Warnhinweise auf abgepackter Ware „kann Spuren von Haselnüssen enthalten“ beachten.

Es können zwei Formen der Nahrungsmittelallergie unterschieden werden

Aufgrund des klinischen Bildes, der Art der involvierten Allergene und dem zugrunde liegenden immunologischen Mechanismus können zwei Formen der Nahrungsmittelallergie (NMA) unterschieden werden.

Bei der primären NMA (Fall 2) erfolgt die Sensibilisierung direkt über den Magendarmtrakt. Die verantwortlichen Allergene in Milch, Eier, Fisch oder Nüssen– im Falle von Nüssen handelt es sich v.a. um Speicherproteine oder das Lipidtransferprotein - zeichnen sich durch eine besondere Stabilität gegenüber saurem Milieu und Verdauungsenzymen aus. Betroffen sind vor allem Kinder, seltener erfolgt die primäre Sensibilisierung im Erwachsenenalter.

Bei Jugendlichen und Erwachsenen findet sich v.a. eine sekundäre NMA (Fall 1). Meistens liegt diesen allergischen Reaktionen eine primäre Sensibilisierung gegen verschiedene Pollen zugrunde. 50-93% aller Birkenpollenallergiker entwickeln eine Allergie gegen pollenassoziierte allergene Nahrungsmittel wie Früchte, Gemüse und Nüsse.

Auf molekularer Ebene beruht die pollenassoziierte Nahrungsmittelallergie auf einer Kreuzreaktion von humanen IgE-Antikörpern, die gegen Pollen-Allergene (v.a.

Hauptallergen der Birkenpollen Bet v 1) gerichtet sind, mit homologen Allergenen in pflanzlichen Nahrungsmitteln. Mit anderen Worten erfolgt die Sensibilisierung auf Nahrungsmittelallergene nicht oral wie beim Kind, sondern als Folge einer respiratorischen Sensibilisierung, die der Nahrungsmittelallergie vorausgeht. In Tabelle 1 sind die Nahrungsmittel, die bei den verschiedenen Pollenallergikern eine allergische Reaktion auslösen können, zusammengestellt.

Aufgrund des unterschiedlichen Sensibilisierungsmechanismus ist es nicht verwunderlich, dass bei Kindern und Erwachsenen ein völlig unterschiedliches Spektrum an allergieauslösenden Lebensmitteln zu erkennen ist.

Kofaktoren der Nahrungsmittelallergie und Risikofaktoren für schwere Reaktionen

Alkoholkonsum oder die Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika können die Aufnahme von Allergenen aus dem Darm erhöhen und damit einer allergischen Reaktion Vorschub leisten. Auch eine körperliche Anstrengung im gleichen zeitlichen Rahmen wie die Aufnahme eines Nahrungsmittelallergens kann den Schweregrad einer allergischen Reaktion verstärken oder sogar erst die Auslösung der allergischen Reaktion ermöglichen (sogenannte anstrengungsabhängige nahrungsmittelinduzierte Anaphylaxie). Weiter kann unter Einnahme von Betablockern die allergische Reaktion einen schwereren Verlauf nehmen. Eine Analyse der tödlich verlaufenden Nahrungsmittelallergien ergab als entscheidenden Risikofaktor ein gleichzeitig bestehendes Asthma bronchiale.

Diagnostik

Die Diagnose einer NMA beruht auf dem Nachweis spezifischer IgE-Antikörper gegen die verantwortlichen Nahrungsmittel mittels Hauttest oder Messung spezifischer IgE-Antikörper im Serum. Besteht keine Übereinstimmung zwischen den Testresultaten und der Anamnese bringen häufig erst die kontrollierte orale Provokationen Klärung.

Wichtig ist es, eine Sensibilisierung strikte von einer Allergie zu unterscheiden. Ein positiver Hauttest oder der Nachweis von erhöhten spezifischen IgE gegen ein Nahrungsmittel im Serum heisst nur, dass der Patient gegen das entsprechende Nahrungsmittel sensibilisiert ist, aber noch lange nicht, dass dieses Nahrungsmittel

auch klinisch zu allergischen Beschwerden führt. Die Verwendung von rekombinanten Nahrungsmittelallergenen in vitro wird in Zukunft eine Verbesserung der Diagnostik bei Nahrungsmittelallergie bringen. Einige wenige stehen bereits heute kommerziell zur Verfügung.

Leider werden viele nicht etablierte diagnostische Abklärungen bei Verdacht auf Nahrungsmittelallergie eingesetzt. U.a. besonders zu warnen ist vor dem Nachweis von IgG(4)-Antikörper gegen Nahrungsmittel. Diese haben keinen Krankheitswert und verleiten zu unsinnigen Diäten!

Therapeutische Ansätze

Die einzige bis heute zur Verfügung stehende Therapie bei Nahrungsmittelallergie ist die Allergenkenz, d.h. das Meiden der Allergie auslösenden Nahrungsmittel. Bei der birkenpollenassoziierten Nahrungsmittelallergie werden die allergenen Nahrungsmittel nicht immer aber meistens in gekochter Form toleriert. Bei Sensibilisierung gegen stabilere Allergene (z.B. Speicherproteine in Nüssen) ist eine absolute Kenz des Nahrungsmittels auch in verarbeiteter Form wichtig. Hier sollen auch die Warnhinweise „kann enthalten...“ auf abgepackter Ware beachtet werden. Die Erfahrung zeigt, dass ungewollte Einnahmen des allergenen Nahrungsmittels auch bei höchster Aufmerksamkeit des Allergikers immer wieder geschehen. Die gute Instruktion des Nahrungsmittelallergikers ist von hoher präventiver Wirkung. Der Nahrungsmittelallergiker sollte u.a. alle gesetzlich erlaubten Deklarationshinweise für das allergene Nahrungsmittel (z.B. Hartschalenobst für Nüsse) kennen. Ebenso ist es wichtig, den Nahrungsmittelallergiker umfassend über Gefahrenmahlzeiten zu informieren.

Weiter soll jeder Nahrungsmittelallergiker mit einem Notfallset (Antihistaminikum und Kortikosteroid) ausgerüstet werden, sowie bei schweren Reaktionen mit Adrenalin (z.B. EpiPen®-Autoinjektor à 0.3 mg oder Anapen®).

Besonders wichtig ist die gute respiratorische Behandlung des Nahrungsmittelallergikers mit Asthma (siehe Risikofaktoren). Patienten mit Asthma und einer Nahrungsmittelallergie, die sich mit Systemreaktionen manifestiert, ist es ratsam, einen Adrenalin-Autoinjektor zu rezeptieren.

Fazit für die Praxis

Nur etablierte Allergietestungen, die auf dem Nachweis von spezifischen IgE-Antikörper basieren in der Diagnostik einer Nahrungsmittelallergie einsetzen.

Die Beratung eines Nahrungsmittelallergikers beinhaltet das Vermitteln von Wissen in Bezug auf mögliche Deklarationshinweise und Gefahrenmahlzeiten.

Der wichtigste Risikofaktor für einen fatalen Verlauf einer Nahrungsmittelallergie ist ein gleichzeitig bestehendes schlecht kontrolliertes Asthma.

Jeder Nahrungsmittelallergiker muss mit einem Notfallset ausgerüstet werden, bei Systemreaktionen zusätzlich mit einem Adrenalin-Autoinjektor.

Tabelle 1: Mögliche Nahrungsmittelallergien bei Patienten mit Pollenallergie.

Pollen	Nahrungsmittel
Birkenpollen	Apfel, Birne, Kirsche, Pfirsich, Nektarine, Aprikose, Pflaume, Kiwi, Haselnuss, andere Nüsse, Mandel, Sellerie, Karotte
Beifußpollen	Sellerie, Karotte, Gewürze Sonnenblumenkerne, Honig
Grasspollen	Zuckermelone, Wassermelone, Tomate, Erdnuss, Mangold
Traubenkrautpollen	Wassermelone, andere Melonen, Zucchini, Gurke, Banane,
Platanenpollen	Haselnuss, Pfirsich, Apfel, Melone, Kiwi, Erdnuss, Mais, Kichererbse, Salat, grüne Bohnen

Literatur

1. Bock SA, Munoz-Furlong A, Sampson HA. Fatalities due to anaphylactic reactions to foods. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 107: 191-193.
2. Wüthrich B, Ballmer-Weber BK. Food-induced anaphylaxis. *Allergy* 2001; 56 Suppl 67:102-104.
3. Mari A., Ballmer-Weber B.K., Vieths S. (2005). The oral allergy syndrome: improved diagnostic and treatment methods. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, 5, 267-273.
4. Stapel S.O., Asero R., Ballmer-Weber B.K., Knoll E.F., Strobel S., Vieths S., Kleine-Tebbe J. (2008). Testing for IgG4 against foods is not recommended as a diagnostic tool: EAACI Task Force Report. *Allergy*, 63, 793-796.
5. Sicherer S.H., Sampson H.A. (2006). Food Allergy. *J Allergy Clin Immunol.*, 117, S470-5.